

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

Адаскевич В.П., Лисица Ю.О.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет».*

УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Введение Периоральный дерматит (син – дерматит лица стероидный, розацепоподобный дерматит, болезнь стюардесс, светочувствительный себориол) – хронический, рецидивирующий розацепоподобный дерматоз неясного генеза с периоральной локализацией полусферических маленьких папул, папуловезикул и редко папулопустул на диффузно воспаленной эритематозной коже, чаще у молодых женщин [1]. Заболеваемость составляет 0.5-1% населения [2].

Лечение периорального дерматита - это длительный и трудоемкий процесс, требующий большого терпения от пациента. Чаще болеют молодые женщины, которые воспринимают заболевание как косметический дефект кожи лица. Однако успешность терапии во многом зависит от знания и исключения провоцирующих факторов данного заболевания.

Этиопатогенез заболевания остается неизвестным. Наиболее значимые факторы возникновения – косметика и наружное применение кортикостероидов, УФО, инфекционные хронические заболевания; гормональная дисфункция, прием противозачаточных средств [2]. Эпидемическое распространение периорального дерматита свидетельствует об экзогенном агенте. Предполагают, что заболевание является реакцией «непереносимости», возникающей при сухом типе кожи и слабой атопической предрасположенности в результате частого применения увлажняющих кремов. Кроме того, обсуждается роль компонентов фторсодержащих зубных паст, воды для полоскания полости рта, мыла и косметических салфеток. Вероятные патогенетические механизмы – постоянный отек рогового слоя, нарушение барьерной функции кожи и усиление пролиферации микробной флоры [2]. Нет сомнения, что периоральный дерматит находится в прямой взаимосвязи с применением наружных глюкокортикоидов. Часто это незначительные изменения на лице, для лечения которых длительное время бесконтрольно применялись глюкокортикоиды. Вслед за кратковременным улучшением следует периоральный дерматит [3]. Солнечный свет и искусственное УФО могут ухудшить периоральный дерматит [3]. В качестве одной из причин данного заболевания называют пероральные контрацептивы. До сих пор не доказано микробное происхождение периорального дерматита. Предполагают взаимосвязь с *Candida*, фузиформными спиралями, клещами рода *Demodex*. Имеются указания на наличие мальабсорбции и парентерального кандидоза [2].

Клиническая картина дерматоза представлена обильными высыпаниями в виде полусферических, гиперемированных папул диаметром 1-2 мм на эритематозной коже, которые затем могут объединяться в большие инфильтрированные очаги, особенно в лицевых складках. Возможно дальнейшее развитие в относительно мелкие папуловезикулезные, папулопустулезные или папулосквамозные высыпания. Комедоны не встречаются, эритема и телеангиэктазии не характерны. Типичное расположение элементов: назолабиальные складки, периоральная область (узкая свободная зона вокруг красной каймы губ), подбородок, боковые участки век и щек [2]. Диагностическая особенность заболевания – узкий ободок непораженной бледной кожи вокруг красной каймы губ. Субъективные симптомы заболевания отсутствуют или слабо выражены (жжение, стягивание кожи) [2].

По локализации выделяют три варианта периорального дерматита: периоральный, периорбитальный, смешанный.

Целью настоящей работы является выявление провоцирующих факторов и изучение клинических вариантов периорального дерматита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе кожного отделения УЗ «ВОККВД» в течение последних 10 лет находились 191 пациент (176 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 16 до 69 лет (средний возраст около 30 лет). На каждого пациента заполнялась подробная карта обследования больного, в которой кроме жалоб, сопутствующих заболеваний, предшествующей терапии.

клинических проявлений. подробно отмечались провоцирующие факторы. Все обследуемые пациенты с периоральным дерматитом были разделены на три группы в зависимости от локализации высыпаний на лице: периоральной, периорбитальной и смешанной.

Результаты и обсуждение. В зависимости от клинического варианта высыпаний выделены 3 группы больных с периоральным дерматитом: 1 группа: периоральный вариант – 122 пациента (64 %); 2 группа: периорбитальный – 7 (4 %); 3 группа: смешанный – 62 (32 %).

Высыпания были представлены в виде полусферических, гиперемизированных, нефолликулярных мелких папул, которые располагаются на эритематозной коже. У некоторых пациентов встречались папуловезикулы, папулопустулы, папулосквамозные высыпания. У 31 (16%) пациента сухая кожа.

Чаще заболевание встречалось в возрасте 20-29 лет (37%) и 30-39 лет (23%). Преобладали лица со вторым фототипом кожи. Отмечались так же сопутствующие заболевания: с патологией ЖКТ – 45 пациентов, с гинекологическими заболеваниями – 18, с поражениями сердечнососудистой системы – 16, с аллергическими заболеваниями – 14, с эндокринологическими – 7, с онкологическими – 1, с иммунопатологией – 1.

Из провоцирующих факторов лидирующее место занимает использование косметических средств (увлажняющие кремы, маски и кремы от морщин, тональные основы и др.) – 135 пациентов (71 %).

На втором месте пациенты отмечают эмоциональные состояния (т.к. стресс, волнение, гнев) – 95 (49 %). Немаловажное значение имеют употребление алкогольных напитков (особенно красное вино, шампанское) – 84 пациента и местное применение глюкокортикостероидных мазей и кремов – 75 человек (39 %). Отмечено влияние факторов внешней среды: ухудшение от ультрафиолетового облучения было у 70 пациентов, от ветра – у 42, от жаркой погоды – у 57, от холодной погоды – у 39. 49 из наблюдаемых указывают на обострение заболевания после горячей ванны. 36 – после сауны.

Горячий чай (кофе) провоцирует заболевание у 54 пациентов. Некоторые отмечали ухудшение состояния после употребления острой пищи (27 человек) и некоторых фруктов и овощей (17).

При отказе пациента от косметических средств, декоративной косметики, от применения кортикостероидных мазей и кремов, исключение фторированных зубных паст и жевательных резинок и устранении других провоцирующих факторов наблюдалось значительное улучшение клинической картины.

Выводы. Наиболее часто в клинической практике встречается периоральный вариант локализации высыпаний, реже – смешанный, и редко – периорбитальный. У некоторых пациентов (16) имеются предрасполагающие факторы: склонность к аллергии и сухая кожа.

Для достижения более высокого и длительного эффекта пациентам с периоральным дерматитом целесообразно рекомендовать исключение провоцирующих факторов, таких как: косметические средства, декоративная косметика, фторированные зубные пасты, жевательные резинки, кортикостероидные кремы и мази, горячий чай и кофе, алкогольные напитки (особенно, красное вино и шампанское), прием горячей ванны, посещение сауны, инсоляция, длительное пребывание на холоде, ветре, пребывание в условиях повышенной температуры.

Литература.

1. Адашкевич, В.П. Розацеа и розацеподобные дерматозы / Актуальная дерматология. Под ред. Проф. В.П. Адашкевича. М. Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – С 231- 250.
2. Адашкевич, В.П. Воспалительные кожные заболевания: Практическое руководство. – Минск: ООО «ДокторДизайн» 2003. – С. 43 – 46. Минск 2003. С. 43-46.
3. Адашкевич, В.П. Акне вульгарные и розовые — Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003. – С. 136 – 140.